

GESUNDHEITS-FRAGEBOGEN

Patienten-Name: _____ **PATIENT**
 Geburtsdatum: _____
 Straße: _____
 PLZ/Ort: _____
 Telefon Arbeit: _____
 Telefon Privat: _____
 Telefon Mobil: _____
 E-Mail: _____
 Hausarzt: _____

Krankenversicherung gesetzlich
 privat Basistarif
 Name der Versicherung: _____
 beihilfeberechtigt ja nein
 Versicherter: _____
 Geburtsdatum: _____ **VERSICHERTER**
 Straße: _____ **VERSICHERTER**
 PLZ/Ort: _____ **VERSICHERTER**
 Zahnzusatzversicherung vorhanden ja nein

Liebe Patientin, lieber Patient,
 alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Fragen Sie bei Unklarheiten bitte ruhig im persönlichen Gespräch nach.

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein	Wenn Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen	ja	nein
1 Allergien (Wenn ja, welche?) _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Leiden Sie an Zuckerkrankheiten (Diabetes) (Wenn ja, welcher Typ?) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1 Hepatitis A, B, C / Gelbsucht / Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 AIDS/HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 Andere Erkrankungen (welche?) _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4 Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16 Nehmen Sie Medikamente oder pflanzliche Mittel ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Asthma, Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Marcumar _____		
6 Haben Sie Bluterkrankungen oder abnorme Blutungsneigungen bzw. Blutgerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bisphosphonate _____		
7 Leiden Sie an Herz-Kreislauf-Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> andere _____		
7.1 Herzklappenfehler / -ersatz / Endokarditis / Herzschrittmacher / Herzinfarkt			17 Hatten Sie Reaktionen auf Betäubungsspritzen oder andere Medikamente? (Wenn ja, welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
9 Nierenerkrankungen oder -anomalien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
10 Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		

weiter auf Seite 2 ▶

GESUNDHEITS-FRAGEBOGEN

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein	Wenn Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen	ja	nein
18 Haben Sie häufig Kopf- oder Gesichtsschmerzen oder Muskelschmerzen / Verspannungen im Kiefer- oder Gesichtsbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28 Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?		
19 Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> persönliche Empfehlung von _____		
20 Wurden Sie früher kieferorthopädisch behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Internet / Homepage <input type="checkbox"/> Praxisschild		
21 Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Telefonbuch / Das Örtliche <input type="checkbox"/> Gelbe Seiten		
22 Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel pro Tag? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sonstiges: _____		
23 Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> unsicher (Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29 Möchten Sie über unser Prophylaxeprogramm informiert werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____			30 Wünschen Sie eine Beratung über		
25 Wann wurden Ihre Zähne das letzte Mal geröntgt? _____			<input type="checkbox"/> Parodontitisbehandlung		
26 Haben Sie Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Amalgamentfernung		
27 Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Implantate		
			<input type="checkbox"/> Zahnfarbene Füllungen / Kronen		
			31 Möchten Sie rechtzeitig an Ihren nächsten Vorsorge-/ Kontrolltermin erinnert werden, um Ihren „Bonus“ zu erhalten. Dieser Service ist für Sie kostenfrei und kann jederzeit widerrufen werden. Wir erinnern Sie gerne rechtzeitig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> schriftlich		

Anästhesie-Aufklärung

Im Laufe der Behandlung besteht die Möglichkeit einer Betäubung der vom Zahn oder vom Operationsgebiet wegführenden Nerven (Leitungsanästhesie oder Infiltrationsanästhesie). Spezielle Risiken sind: Gefäßreizung, Bluterguss, allergische Reaktionen, Krämpfe, Nervenschäden.

Ich habe diese Aufklärung gelesen und verstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Datum, Unterschrift _____